

LA MILLIAIRE TUBERCULEUSE CHEZ L'ENFANT A PROPOS DE 89 CAS COLLIGES AU CENTRE ANTI TUBERCULEUX D'ADJAME

M Folquet Amorissani*, J C Gauze ; C Kouakou Kouamé ; M E. Dainguy ; D Diomandé, Y Houénou-Agbo, J Kouamé Konan. UFR des Sciences Médicales d'Abidjan, Centre Hospitalier et Universitaire de Cocody, Département mère- enfant, Service de Pédiatrie, 25 BP 757 Abidjan 25 (Côte d'Ivoire).

Email folquetamorissani@hotmail.com

RESUME

Avec l'avènement du SIDA, la tuberculose connaît une recrudescence qui touche aussi bien les pays en développement que les pays développés. En Côte d'Ivoire, la tuberculose représente 40-50 % des affections opportunistes du VIH /SIDA et le taux d'incidence de cette affection pour l'année 2004 est de 110 cas / 100 000 habitants. A notre connaissance, très peu de travaux ont été consacrés à l'étude de la miliare tuberculose de l'enfant. Nos objectifs à travers cette étude sont de préciser les circonstances du diagnostic de la miliare, d'évaluer le traitement chez l'enfant âgé de moins de 15 ans et d'analyser les aspects évolutifs de cette affection. Il s'agit d'une étude rétrospective des dossiers médicaux des enfants atteints de miliare tuberculose suivis au centre anti tuberculeux d'Adjamé du 01 /01/99 et 31/12/02 inclus.

Au plan épidémiologique, la miliare tuberculose représente la troisième forme de tuberculose extra pulmonaire. Parmi les sujets testés, 40,62 % sont VIH positif. Elle touche les enfants des deux sexes avec une forte prévalence dans la tranche de 6 à 11 ans vivants dans des conditions sociales économiques défavorables. Au plan clinique, la miliare survient chez l'enfant dans un tableau de toux et d'expectoration et les signes d'impregnation sont présents avec en premier la fièvre et l'amaigrissement. Au plan radiologique, il s'agit d'opacités micronodulaires en jetée de sables dans 74,16%.

Conclusion : Le diagnostic de la miliare tuberculose est essentiellement radiologique. Le taux de guérison de 94 % pourrait être amélioré si les autorités sanitaires, la population et l'Etat agissent ensemble dans la lutte contre la tuberculose.

Mots clés : Miliare- Enfants – Epidémiologie –Clinique – Radiologique -Evolution

SUMMARY:

The HIV pandemic has led a resurgence of tuberculosis which did reach developing as well as developed countries. In Côte d'Ivoire, tuberculosis represented 40-50 per cent of HIV opportunist infections. The incidence rate of this infection, in 2004 was 110/100 000 inhabitants all type of tuberculosis together. As we know, a few studies haven't been devoted to child military pulmonary tuberculosis. Our objectives in this study are to precise circumstances of diagnosis, to assess treatment of the miliary tuberculosis to children below 15 years, to analyze evolving aspects of military tuberculosis. Retrospective study of medical hill of children center anti tuberculosis from 1st December 1999 to 31st December 2002. In the result, miliary tuberculosis is the third extra pulmonary tuberculosis, and concerns children from 6 to 11 years leaving in the social precarious the age where military tuberculosis is the most frequent. HIV seroprevalence rate is 40.62 per cent Clinical signs are: Cough expectoration and impregnation signs among which first have fever, weight loss. The radiological signs are opacity in the shape of seeds of millet.

The treatment is efficacy if it is correctly administered

Conclusion: Diagnostic of miliary pulmonary tuberculosis is essentially radiologic

The rate of cure of 94 % could be improved if health authorities, population and the government combine their efforts to struggle against tuberculosis.

Key- words: Miliary-kids-Epidemiology-clinical-Radiology-Evolution

INTRODUCTION

La tuberculose connaît depuis l'avènement du syndrome d'immunodéficience acquis, une recrudescence qui touche aussi bien les pays développés que les pays en développement. En Côte d'Ivoire, cette affection représente 40-50 % des affections opportunistes du VIH /SIDA et son taux d'incidence pour l'année 2004 est de 110 cas / 100 000 habitants, toutes formes confondues selon le registre national de la tuberculose.

La miliare tuberculose représente une forme particulièrement grave de la tuberculose maladie. Elle se définit comme une septicémie à bacilles de Koch se traduisant par une dissémination micronodulaire. Cette affection est rapidement curable mais son diagnostic reste difficile et son pronostic réservé en raison de la présence possible d'autres localisations extra pulmonaires de la tuberculose et de l'association miliare tuberculose- SIDA. A travers cette étude, nous avons voulu partager l'expérience du Centre

Antituberculeux d'Adjamé en matière de prise en charge de la miliare tuberculose chez l'enfant.

Population et Méthode

Il s'agit d'une étude rétrospective des dossiers médicaux des enfants atteints de miliare tuberculose suivis au centre anti tuberculeux pendant 4 ans : entre le 01/01/99 et le 31/12/02.

Ont été inclus : Tous les patients des deux sexes âgés de 0 à 15 ans présentant des images radiologiques évocatrices d'une miliare tuberculose et traités par les antituberculeux au Centre Anti Tuberculeux d'Adjamé.

Ont été exclus :

- Les sujets des deux sexes âgés de plus de 15 ans présentant une tuberculose extra pulmonaire avec des images radiologiques évocatrices d'une miliare tuberculose,
- Les sujets de 0 à 15 ans ayant une tuberculose extra pulmonaire avec des images radiologiques non évocatrices de miliare. Les paramètres étudiés étaient les aspects épidémiologiques, cliniques, radiologiques et évolutifs de la miliare tuberculose.

Les différentes données ont été collectées à l'aide d'un questionnaire pré testé et l'exploitation statistique s'est faite par la méthode de calcul des fréquences, des moyennes et de l'écart type.

RESULTATS

Caractéristiques épidémiologiques

En 4 ans, sur 897 cas de tuberculoses extra pulmonaires répertoriés au centre anti tuberculeux d'Adjamé, nous avons 89 cas de miliare tuberculose soit une prévalence de 9,92%.

Les autres formes cliniques étaient les suivantes :

- Tuberculose ganglionnaire : 607 cas (67,67%)
- Tuberculose pleurale: 150 cas (16,72%)
- Méningite tuberculose: 51 cas (5,68%)

Les âges variaient de 10 mois à 15 ans avec une moyenne d'âge de 9 ans. Quarante six enfants (51,69%) avaient un âge compris entre 6 ans et 10 ans. Nous notons une prédominance masculine avec un sex ratio de 1,28. Cinquante sept enfants (64,04%) provenaient de milieux socio-économiques précaires.

Au vu du carnet de santé, seulement 33,71% avaient reçu le BCG à la naissance.

Le contagement tuberculeux était extrafamilial dans 66,29 % des cas et familial dans 33,71 % des cas. Lorsqu'elle était familiale, la contamination provenait soit du père (43,30%), soit de la mère (23,33 %) soit des autres membres de la famille (33,33 %). La sérologie rétrovirale a pu être réalisée seulement chez 32 enfants soit 35,95 %, parmi lesquels 13 avaient une sérologie positive (40,62%).

Au plan clinique

Les circonstances de découverte sont répertoriées dans le tableau I, dominées par les signes respiratoires (67,42 %). L'association toux et expectoration muqueuse représentait 95 % des signes d'appel pulmonaire.

La triade fièvre + amaigrissement + anorexie existait dans 60% des cas parmi les enfants qui présentaient des signes généraux.

Au plan paraclinique.

La radiographie pulmonaire a révélé que la miliare était bilatérale dans 96,63 % des cas. Les images étaient micronodulaires en jetée de sables disséminées dans les 2 champs pulmonaires dans 74,16% des cas, macronodulaires dans 19,10% des cas et réticulonodulaires dans 6,74% des cas. Quinze enfants (16,85%) ont présenté des anomalies associées à la miliare : 9 cas de pleurésie, 3 cas d'adénopathies médiastinales et 3 autres anomalies radiologiques à type d'hyperclarté révélant un pneumothorax. L'intra dermo réaction à la tuberculine à 10 unités, a été réalisé chez tous les enfants.

- 81 avaient un diamètre d'induration ≥ 12mm soit 88,76%
- 03 avaient un diamètre d'induration < 11mm soit 6,24%
- 05 avaient un résultat nul (diamètre =0) soit 5%

La bacilloscopie réalisée chez les 89 enfants a montré :

- 85 enfants avec une bacilloscopie négative (96 %) et 4 enfants, une bacilloscopie positive (5 %)

Au plan thérapeutique et évolutif

Tous les patients ont bénéficié du régime standard de la tuberculose en vigueur en Côte d'Ivoire. Ce régime comportait jusqu'à la date de l'étude, une phase d'attaque quotidienne de 2 mois, associant rifampicine-isoniazide-pyrazinamide, relayée par une phase d'entretien de 4 mois également quotidienne avec l'association : rifampicine-isoniazide. Les posologies utilisées étaient de 5 mg/kg/j pour l'isoniazide, 25 -35 mg/kg/j pour la pyrazinamide et 10 mg/kg/j pour la rifampicine. Ces antituberculeux étaient pris par voie orale et à jeun. A ce traitement a été adjoint une corticothérapie. La durée conventionnelle de 6 mois n'a été respectée que dans 74,16% des cas. Pour 2,25 % des patients, elle n'a été que de 4 mois. Cette durée n'a pas pu être précisée pour 21 enfants. Seulement 50 enfants ont été régulièrement suivis au centre soit un taux de suivi de 56,18%. Parmi les 50 enfants suivis au centre nous avons un taux de guérison de 94% et un taux de mortalité de 6%.

COMMENTAIRES

La prévalence de la miliare tuberculose est de 9,92%, avec une moyenne annuelle de 22 cas. Elle représente ainsi, la troisième localisation

extra pulmonaire de la tuberculose de l'enfant dans notre série. DOMOUA dans une étude effectuée dans un service de pneumophysiologie, note que les miliaires tuberculeuses représentent 7,43 % de l'ensemble des tuberculoses adultes et enfants confondus, dépistées entre 1983 et 1988 [1]. Il s'agit certes d'un service spécialisé dans les affections pulmonaires mais on peut néanmoins souligner une fréquence plus élevée de la miliaire tuberculeuse chez l'enfant ces dernières années. La tranche d'âge de 6 - 10 ans reste la plus exposée avec une prévalence de 51,69% et une moyenne d'âge de 9 ans. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que les enfants de 6 à 10 ans commencent à fréquenter d'autres milieux que le milieu familial puisque c'est l'âge de la scolarisation. L'enfant court donc un risque plus grand de croiser des sujets bacillifères.

La prédominance masculine est une donnée constante dans la littérature [2,3].

Soixante quatre pour cent des enfants sont issus de parents ayant un niveau socio-économique bas. Notre observation est confirmée par les travaux de MARGARETH [4] qui montrent que les affections tuberculeuses semblent obéir aux caractères épidémiologiques de maladies de couches sociales défavorisées.

La vaccination par le BCG dès la naissance dans notre région endémique pour la tuberculose semblait constituer un moyen de protection. Environ 66% des enfants de notre série n'ont pas été vaccinés à la naissance. On constate par ailleurs que le tiers des enfants atteints de miliaire tuberculeuse avait reçu le BCG. L'on serait donc tenté de remettre en doute l'efficacité de ce vaccin ; confère-t-il une protection efficace ou bien existe-t-il certains facteurs comme l'immunodépression et les conditions de conservation qui entraveraient l'efficacité de ce vaccin ?

Soixante six pour cent des contaminations se sont faites en dehors du milieu familial. Le contact avec les bacilles se serait produit dans les lieux publics tels que les marchés, les écoles, les hôpitaux (Centre antituberculeux, Pneumophysiologie) et dans les moyens de déplacements en commun (bus, les taxis, les minibus ...).

Environ 41 % des sérologies rétrovirales demandées sont revenues positives. Dans la série de DECOCK [5] et de Malkin [6], la grande majorité des patients V.I.H qui ont fait la miliaire tuberculeuse étaient tous séropositifs. L'avènement du SIDA a complètement changé le profil épidémiologique de nombreuses affections comme la tuberculose. La découverte de la séropositivité de l'enfant conduit à rechercher celle de la mère car la transmission mère-enfant de l'infection par le VIH est le mode d'acquisition majeur de l'infection chez les enfants, avec plus de 1900 nouvelles infections par jour [7].

Si dans notre étude, les signes d'appels respiratoires occupaient le 1^{er} rang des motifs de consultation, pour d'autres auteurs, il s'agissait plutôt de signes généraux [2,3]. Parmi les signes généraux trouvés dans notre étude la fièvre était notée dans 60% des cas. Ce constat a également été fait par DOMOUA [1] et TIDJANI [2] dans les mêmes pourcentages tandis que HAMZA [8], a retrouvé un taux élevé de 98,1 % dans son étude. Les images radiologiques retrouvées ont été dans des proportions similaires, comme le témoigne le tableau II constatées par TIDJANI au Togo et DOMOUA en Côte d'Ivoire, tous deux dans des services adultes.

Certaines intra dermo réactions à la tuberculine (5%) sont revenues à 00 mm de diamètre. Le fait marquant était que tous ces enfants étaient séropositifs. Ceci vient confirmer le déficit immunitaire au cours du VIH qui serait probablement un facteur favorisant la survenue de la miliaire tuberculeuse.

La bacilloscopie est l'un des principaux examens qui permet de confirmer l'infection tuberculeuse. Les produits biologiques utilisés pour la réalisation de cet examen étaient les crachats et les produits du tubage gastrique. Seulement 4 % des sujets étaient BK positifs. Le constat de ce faible pourcentage de bacilloscopie positive a été également fait par DOMOUA [1]. Ces résultats montrent la difficulté du diagnostic bacilloscopique de la miliaire tuberculeuse. Correctement traitée, la miliaire tuberculeuse évolue favorablement puisque nous avons 94 % de taux de guérison. Cependant, les perdus de vue qui représentent une proportion importante (43, 83%) posent un réel problème.

La maladie est grave mais le traitement est gratuit car subventionné par l'état ivoirien. Pourquoi les malades disparaissent-ils donc en cours de traitement ? Vont-ils se faire soigner par d'autres pratiques en vue d'une guérison plus rapide ? Ont-ils des problèmes de transport pour venir chercher leurs médicaments au centre ? Décèdent-ils à domicile ? Autant de questions qui montrent les insuffisances des centres d'accueil et qui les invitent à tout mettre en œuvre pour minimiser ce phénomène car ces sujets perdus de vue pourraient eux même participer à l'entretien de la chaîne de contamination et augmenter la survenue de résistance au traitement..

CONCLUSION

Affection fréquente et grave, la miliaire tuberculeuse vient au 3^{ème} rang des tuberculoses extra-pulmonaires. Elle touche les couches sociales les plus démunies et est influencée par la pandémie du VIH/SIDA. Notre étude a montré les difficultés du diagnostic clinique. Les images radiologiques micronodulaires en jetée de sables constituent les signes pathognomoniques de la maladie. Diagnostiquée précocement et correctement pris en charge, la miliaire

tuberculeuse évolue favorablement comme l'attestent nos résultats (94% de guérison).

Tableau I : Répartition des patients selon le motif de consultation

Motifs de consultation	Effectif	%
Signes respiratoires	60	67,42
Signes généraux	20	22,47
Enquête de l'entourage	5	5,62
Autres signes	4	4,49
Total	89	100

Tableau II : Répartition des images radiologiques de miliaires tuberculeuses selon TIDJANI, DOMOUA et Notre étude.

	Images micronodulaires (%)	Images macronodulaires (%)
TIDJANI [2]	67,37	20,51
DOMOUA [1]	83,40	8,90
Notre Etude	74,16	19,10

REFERENCES

- DOMOUA K, GAHOUSSOU C, N'DHATZ M, AKA DANGUY E, KONAN J.B, KOUADIO. Y.A. et al
Miliaires tuberculeuses. A propos de 90 cas observés en 6 ans dans le service de Pneumo-phtisiologie du CHU de Treichville. Publication Médicales Africaines, 1990 ; 106 : 46 -51
- TIDJANI O, MUJAKAZI B.B, SOKPOH M, ADJADJA K, LAWSON – APETOH A.S, GRUNITZKY-BEKELE M et al
La tuberculose miliaire au CHU de Lomé -TOGO. A propos de 136 cas colligés dans le service de Pneumo-phtisiologie de 1981 à 1991. Médecine d'Afrique Noire, 1994 ; 47 : 418-422.
- MTIRAOU I A, SOLTANI M.S, GHANNEM. H, LETAIEF.M, ZAYANI. R, HDHIRI. H, et al
Epidémiologie de la tuberculose dans le Sahel tunisien
Médecine maladie infectieuse, 1998 ; 28 : 199-202
- MARGARETH D.
Les pauvres sont les touchés.
Sidarlette, 1995 ; 2 : 16 -18
- DECOCK. K.M, GNAORE E, ADJORLO G.
Risk of tuberculosis in patients with HIV₁ and HIV₂ infection in Abidjan, Ivory Coast.
British Medical Journal, 1991; 302: 496 - 499.
- MALKIN .J.E, PRAZUCK.T, SIMONNET. F, YAEOMOGO. M, ROCHEREAU. A, AYEROUE. J et al
Tuberculosis and human Immuno deficiency virus infection in west Burkina Faso: clinical presentation and clinical evolution
International Journal of Tuberculosis and Lung Disease, 1997; 68-74
- DABIS F, EKPINI RE
HIV-1 /AIDS and maternal and child health in Africa.
Lancet 2002; 359: 2097-104
- HAMZA. F.
Contribution à l'étude des tuberculoses miliaires aiguës observées à Alger de 1967 à 1973.
Thèse Médecine : Alger, 1974